Lane Medical Library

Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald.

Zur Pathogenese

der sogenannten

syphilitischen Mastdarmgeschwüre.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät
der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 14. März 1891,

Mittags $1^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Nickel

aus Elbing.

Opponenten:

Herr cand. med. Neuss.
„ cand. med. Tornier.
„ cand. jur. Fuchs.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1891.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0246

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn man heute eine Einteilung der Rektumgeschwüre nach der bis jetzt darüber veröffentlichten Litteratur geben wollte, so könnte man eigentlich nur sagen, wir teilen diese in solche ein, deren Ursprung wir kennen, und in solche, deren Ursprung wir nicht kennen. Denn damit, dass man dem alten Herkommen folgend, alle diejenigen Rektumgeschwüre, deren Natur man nicht erkennt, unter die syphilitischen rechnet, ist natürlich der Sache nicht gedient. Der Hauptgrund für diese unsere mangelhafte Kenntniss der Rektumgeschwüre ist wohl hauptsächlich in der geringen Anzahl der bis jetzt genau untersuchten und darüber veröffentlichten Fälle zu suchen, was Zeissl in seinem „Lehrbuch der Syphilis“ mit den Worten anerkennt: „Jedenfalls aber ist noch in Bezug auf Magen- und Darmsyphilis weitere, sorgfältige Kasuistik notwendig, bevor man auch nur anatomisch eine bestimmte Beschreibung zu geben imstande sein wird.“ Eine Zusammenstellung der ganzen Litteratur über diesen Punkt findet sich in C. Velhagen's unter Schuchardt angefertigter Dissertation: „Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre.“ (Greifswald 1888.) Er führt in derselben auch zuerst aus, dass man über die Natur dieser sog. syphilitischen Geschwüre eigentlich noch keine völlige Einigung erzielt habe. Der erste deutsche Autor, der diese Erkrankungen als ein Produkt der konstitutionellen

Syphilis bezeichnet, ist v. Bärensprung gewesen. Ponfick erklärte dagegen, dass dieselben höchstwahrscheinlich traumatischer Natur und zwar beim coitus praeternaturalis entstanden seien. An ihre syphilitische Natur glaubt er einerseits aus klinischen Gründen nicht, weil erstens das häufige Vorkommen bei Weibern nicht auf eine konstitutionelle Erkrankung hinweise, weil zweitens oft jedes anamnestische Moment für eine frühere Infektion fehle, und weil drittens die Geschwüre jeglicher Quecksilber- und Jodkali-Behandlung trotzen, andererseits sei die anatomische Erscheinung meist derart, dass Syphilis nicht vorzuliegen scheine. Virchow schliesst sich der Meinung an, dass es sich um syphilitische Veränderungen handle, lässt aber dahingestellt, welcher Art von syphilitischen Erkrankungsformen die Geschwüre zuzurechnen seien. Velhagen stellt dann die bisher beschriebenen Fälle von sicherer Darmsyphilis zusammen. Er bespricht zuerst die Fälle von kongenitaler Syphilis und berichtet über Fälle von Eberth, der bei einer c. 32 Wochen alten, totgeborenen Frucht im Dünndarm breite käsige Einlagerungen von gummöser Beschaffenheit fand, von Oser, der eine direkte Infiltration der Peyer'schen Haufen und einen centralen Zerfall der infiltrierten Stellen nachwies, von Foerster, der eine eigentümliche fibröse Veränderung an den Peyer'schen Drüsen beobachtete, und von Baumgarten, der neben exquisit luetischen Veränderungen anderer Organe kleine Geschwüre mit speckigem Grunde im ganzen Dünn- und Dickdarm erwähnte. Es folgt dann die Beschreibung von 3 Fällen von Darmsyphilis Erwachsener. Der erste ist von Meschede, er betrifft die Sektion eines an konstitutioneller Syphilis leidenden Mannes. Im Dünndarm lagen 54 Geschwüre vor, mit schwarz pigmentirtem Grunde, welcher teils aus Granulationen, teils aus stahligen, fibrösen Knötchen bestand. Der zweite Fall

rührt von Wagner her, der bei einem 54jährigen luetischen Mann im Ileum an einer circumscripten Stelle eine Verdickung der Schleimhaut entdeckte, die in ihrem mittleren Teil deutlichen Zerfall zeigte. Mucosa und Submucosa bestanden aus einer homogenen, grüngelblichen, weichen Masse, die sich mikroskopisch deutlich als eine gummöse Infiltration der Mucosa und Submucosa erweist.

Den 3. Fall beschreibt Klebs, der bei einem sicher syphilitischen Mann im ganzen Darm Geschwüre mit gewulsteten Rändern und höckrigem, dunkelrotem Geschwürsgrunde fand. Die Serosa unter den Geschwüren zeigte strahlige, sehnige Narben. Klebs meint deshalb, dass die syphilitischen Ulcerationen des Darms direkt aus gummösen Neubildungen der Submucosa hervorgehen. Diesen Fällen von Dünn- und Dickdarmsyphilis stellt Velhagen die wenigen makroskopisch und mikroskopisch genau beschriebenen Fälle von Mastdarmsyphilis entgegen. Es sind das im Ganzen vier, wovon die ersten beiden Huet veröffentlicht hat, der auf Grund der dabei gemachten Erfahrungen zu dem Resultat gelangt, dass die Erkrankung konstitutionell syphilitisch sei, und in der Submucosa ihren Ausgangspunkt habe.

Den 3. Fall beschreibt Beer. Dieser Autor kommt durch die mikroskopische Untersuchung der Geschwüre zu der Ansicht, dass man 3 verschiedene Formen der Infiltration annehmen müsse, erstens eine solche in Form einer feinkörnigen Masse, zweitens die Kernwucherungen und drittens die Bindegewebshyperplasie.

Der 4. Fall ist von Brandis beschrieben, der das ganze Produkt für ein gummöses erklärt. Diesen vier Fällen schliesst sich der von Velhagen selbst untersuchte und beschriebene an. Es handelt sich um ein 27jähriges, syphilitisch infiziertes Mädchen, bei welchem ein 6 cm langes Stück des Mastdarms war exstirpiert. wegen eines

das Leben des Mädchens durch fortwährende Eiterung und Blutungen gefährdenden Geschwürs. Auf Grund einer sorgfältigen histologischen Untersuchung, durch welche namentlich die krebsige Natur des Geschwürs ausgeschlossen wird, kommt Velhagen per exclusionem zu dem Schluss, dass das Geschwür ein syphilitisches gewesen sei und zwar durch gummöse Neubildungen entstanden.

Bekanntlich sind die wesentlichsten Merkmale, auf welche sich bei der Beurteilung älterer syphilitischer Prozesse die anatomische Diagnose zu stützen pflegt, entweder das Vorhandensein wirklicher, aus zellenreichem jungen Bindegewebe bestehender Gummiknoten, oder die Residuen derselben. Sofern nun deutlich erkennbare tumorartige Neubildungen vorhanden sind, welche ganz oder grösstenteils in Fettmetamorphose übergegangen sind, wie man es nicht selten in der Leber antrifft, so ist die Diagnose ziemlich sicher zu stellen; sofern aber die Gummositäten total verfettet sind und an ihrer Stelle nur ein Narbengewebe übrig geblieben ist, so ist eine sichere Diagnose auf syphilitischen Ursprung der Narbe nur dann zu stellen, wenn mit voller Sicherheit jede andere Entstehungsursache ausgeschlossen werden kann. Dies ist z. B. bei der Leber der Fall. Die Sammlung des Greifswalder pathologischen Instituts enthält eine Reihe von Präparaten, aus welchen der ganze Hergang der Narbenbildung von den grossen frischen Gummiknoten bis zum hepar lobatum hin zu verfolgen ist. Da nun kein andrer Prozess bekannt ist, welcher in der Leber ähnliche tiefe narbige Einschnürungen hinterlässt, so kann man in diesem Organ auch aus dem abgelaufenen Narbenzustand noch mit Sicherheit auf den syphilitischen Anfang zurückschliessen.

Weit komplicierter aber ist es, wenn es sich um syphilitische Geschwüre einer Schleimhaut handelt. Wenn hier die gummöse Wucherung in Fettmetamorphose über-

gegangen, und der Aufbruch erfolgt ist, so compliciert sich mit dem primär syphilitischen Geschwür eine Menge sekundärer Entzündungen, so dass es ganz ausserordentlich schwer wird, hier noch genaue Trennungen vorzunehmen. Im allgemeinen hat man nach Virchow 2 Gesichtspunkte zu beachten, welche auch in den spätern Stadien der Narbenbildung auf den syphilitischen Charakter hinweisen: 1. Die strahlige Retraktion der Narben und 2. die neben dem Geschwür, in dessen Grund und Rändern vor sich gehenden Wucherungsprozesse mit papillären, warzenartigen Erhebungen in der Nachbarschaft. Diese beiden Kriterien finden namentlich bei der Beurteilung von alten srahligen Narben im Kehlkopf und der Trachea Anwendung, und können hier zuweilen die Diagnose auf Lues in hohem Grade wahrscheinlich gestalten; dagegen im Darm kommen so mannigfache Störungen im Heilungsvorgange der verschiedenartigen Geschwüre vor, dass man einer später entstandenen strahligen derben Narbe nur ansehen kann, dass die Heilung sehr langsam von statten gegangen ist, aber nicht, wie das Geschwür anfänglich beschaffen gewesen, oder durch welche Schädlichkeiten es entstanden ist.

Diese Erwägungen nötigen daher zur grössten Vorsicht bei der Beurteilung alter, bereits in Vernarbung begriffener Geschwüre des Rektums, und es fordert daher jeder Fall dazu auf, alle Möglichkeiten im Einzelnen zu prüfen, da die Lage und Narbenbildung allein keineswegs als positiver Beweis für die syphilitische Natur der Processe betrachtet werden darf.

Die wesentlichen hierbei in Frage kommenden Geschwürsarten sind bezüglich ihrer Entstehung folgende: 1. Diphtherische Geschwüre (nach Ruhr oder Quecksilbervergiftung). 2. Follikulargeschwüre nach jeder Art der Dickdarmentzündung. 3. Dekubitale Ge-

schwüre durch Kotballen bedingt, 4. Traumatische Geschwüre (nach Einführung harter Klystierspritzenteile).* 5. Syphilitische Geschwüre.

Während bei der Besprechung von alten zum Theil narbigen Mastdarmgeschwüren diese genannten Gruppen in den demonstrativen Kursen des hiesigen pathologischen Instituts von Herrn Professor Grawitz regelmässig in Betracht gezogen worden sind, ist seit dem Winter 1887/88 die Aufmerksamkeit durch Herrn Dr. Rich. Poelchen auf eine weitere Quelle gelenkt worden, durch welche möglicherweise Narben und Geschwüre im Rectum zustande kommen können. Poelchen ist nämlich durch zahlreiche Beobachtungen an den der Sittenpolizei unterstellten Mädchen in Danzig sowie durch Leichenbefunde vom dortigen Krankenhause zu der Erkenntniss geführt worden, dass Abscessbildungen in den Bartholoni'schen Drüsen sehr oft im Verlaufe eines fluor albus zur Entwicklung kommen, und dass diese Abscesse nach dem Rektum zu durchbrechen und hierbei Geschwüre und Fistelbildungen mancherlei Art hervorrufen, welche den sogenannten syphilitischen Geschwüren sehr ähnlich sind. Dieser Anregung zufolge habe ich mich nun gern der von Herrn Professor Grawitz mir gestellten Aufgabe unterzogen, die als syphilitische Rektumgeschwüre bezeichneten Präparate der Greifswalder Sammlung darauthin zu untersuchen, welche von den hier aufgeführten Entstehungsursachen in jedem Falle als die wahrscheinlichste anzusehen sei und dabei besonders auf das

*) Vergleiche hierüber Nordmann „Ueber klysmatische Läsionen des Mastdarmes". Diss. Basel 1887. Nordmann erwähnt unter anderem, dass in der Sammlung des Baseler pathologischen Instituts Präparate von chronischen vernarbenden Mastdarmgeschwüren vorhanden seien, deren Entstehung nur mit grossem Vorbehalt auf klysmatische Verletzungen zu beziehen sei. Der decubitalen Prozesse geschieht hierbei nicht Erwähnung.

Verhalten der Bartholini'schen Drüsen zu achten. Ich lasse nunmehr die Beobachtungen folgen:

Fall 1

betrifft einen 32jährigen Bäckergesellen N. aus Ueckermünde. Er kam in das hiesige Universitätskrankenhaus mit ungemein starkem Oedem der Beine, des Penis uud des Skrotums, einem ziemlich starken Ikterus und etwas Hydrops ascites. Die Diagnose wurde, da auch eine Vergrösserung der Leber nachzuweisen war, auf einen Tumor hepatis gestellt. Da der Verdacht auf Syphilis nahe lag, so wurden in dieser Hinsicht Nachforschungen angestellt. Aber es ergab weder die objektive Untersuchung des Körpers irgend welche Spuren von Syphilis, noch auch war Patient zu bewegen, eine frühere Infektion zuzugeben.

Der Fall kam am 14. August 1890 zur Sektion. Es stellte sich dabei heraus, dass das ganze Parenchym der Leber von einer grossen Menge unregelmässig verteilter, graugeblicher, stellenweise opaker Knoten durchsetzt war. Dieselben sind nicht rund, auch nicht circumscript, sondern wechselnd teils dreieckig, teils polygonal mit strahligen Fortsätzen in das Parenchym hinein. Ihre Schnittfläche ist glatt, in der Mitte fleckenweise opak, in den peripherischen Teilen grau durchschimmernd; ihre Consistenz ist besonders in den letzteren derb elastisch. Bei dem Abstreichen mit der Messerklinge lässt sich kein Gewebssaft gewinnen. Mikroskopisch bestehen diese Herde in den peripherischen Teilen aus zartem, jungem, mehr oder weniger zellenreichem Bindegewebe mit einzelnen Stellen kleinzelliger Infiltration, die centralen opaken Partien bestehen aus älterem, derbem Bindegewebe mit Fettmetamorphose sämmtlicher Zellen. Multiple Narben sind weder auf den Nieren, noch auf der Oberfläche der Leber zu konstatiren. Im Rektum lassen sich verschiedene pathologische Veränderungen nachweisen.

Die Schleimhaut desselben ist graurot und enthält ein grössere Anzahl umfangreicher geschwüriger Defekte, be sonders an den Tänien und den vorspringenden Falten d Haustren. 8 cm oberhalb des Sphincter ani III befindet sic eine zehnpfennigstückgrosse, auf der Oberfläche schmutzi grau gefärbte Verdickung der Schleimhaut, welche obe flächlich exulceriert ist. Das Stück des Rektums, a welchem sich diese Verdickung befindet, wird in 98 % Alkohol gehärtet. Man sieht nun die Geschwürsstelle al eine ovale, flache Erhebung, welche $2^1/_2$ cm in der Breit 2 cm in der Höhe beträgt, und so gelegen ist, dass e in der Medianlinie hinten geführter Schnitt ein Stückche von 1 cm Breite abgetrennt hat, während die Hauptmass auf der linken Wand des Rektums stehen geblieben is Die erhabene Stelle zeichnet sich von ihrer Umgebung au den ersten Blick dadurch aus, dass über und neben ihr di Rektumschleimhaut reichliche und tiefe Falten bildet, wäh rend die unveränderte Partie vollkommen glatt ist. Ma erkennt bei der Betrachtung von der Schleimhautseite her, das um die ganze 4—5 mm hervorspringende Stelle ein Schleim hautsaum herumläuft, welcher an einem kleinen Abschnit eine Art Falz bildet, mit einem leicht über den Geschwürs grund überhängenden Rande, während in drei Vierteile der Umrandung die Schleimhaut über das unmerklich ver tiefte Centrum hinwegzuziehen scheint. Auf einem Durch schnitt durch die ganze Dicke des Rektums und die da hinter liegende Fettschicht zeigt sich, dass das Geschwü auf der Kuppe eines 3 cm langen, 1 cm dicken Knotens gelegen ist, welcher in seiner Hauptmasse ausserhalb de Längsmuskelschicht gelegen ist, und nur soweit die Schleim haut mitergriffen hat, als der von innen flach vorspringen de, oben beschriebene Geschwürsrand reicht. Auf den Durchschnitt sieht man deutlich am Rande die Muskel schicht in den Knoten eintreten, in der Mitte aber ver

hwinden, so dass hier also Schleimhaut, Muskularis und
ettgewebe gleichmässig durch den Tumor zerstört sind.
dem Fettgewebe lassen sich noch mehrere ähnliche
rschkerngrosse Knoten in unmittelbarer Nähe des Haupt-
notens nachweisen. Zur mikroskopischen Untersuchung
erden an der Stelle, an welcher die Schleimhaut wie ein
alz über den Geschwürsgrund herübergreift, Schnitte
nkrecht von innen nach aussen angelegt. Dabei zeigt
ch ein Bild, das einer geologischen Verwerfung in hohem
rade ähnlich sieht, da eine Lage von Muskelfasern nahe-
senkrecht aufgerichtet, unmittelbar an eine Schicht
nergetroffener, glatter Muskelbündel anstösst, und in ihrem
veau sich über den glatten Geschwürsgrund selbst er-
bt. Diese aufragenden, dem Rand angehörigen Muskel-
gen werden nur unvollkommen von Schleimhaut bedeckt;
e bilden vielmehr, durch massenhafte kleinzellige Wuche-
ngen an ihrer Oberfläche in ein Granulationsgewebe um-
ewandelt, den Hauptteil des überhängenden Falzes. Den
eschwürsgrund bildet der eigentliche Geschwulstknoten,
elcher gegen das entzündlich infiltrierte Muskelgewebe
eutlich abgesetzt ist; derselbe enthält sehr zellenreiches,
n ungefärbten Präparat vielfach dunkeles, in Fettmeta-
orphose übergehendes Granulationsgewebe und an zahl-
lichen Stellen ein ungemein derbes, hyalin glänzendes
arbengewebe, welches namentlich an der äussern Begren-
ngszone in dicken, parallelen, hyalinen Bündeln angeord-
t ist. Innerhalb dieses Knotens sind nur undeutliche
este der Muskelschicht noch erkennbar. Von Schleimhaut
t nichts vorhanden; es zieht sich vielmehr über diese von
ellen durchwucherten Muskellagen eine dünne Schicht
on Narbengewebe hinfort. Nur an ganz vereinzelten
ellen sieht man eine einfache Schicht kurzer Cylinder-
llen, welche über die Narbe gewuchert ist. Auffallend
nd an den gefärbten Präparaten zahlreiche, dicke Arte-

rien, welche man an verschiedenen Stellen des Knotens antrifft. Die Färbung auf Bakterien ergiebt, dass in den ganzen oberen Schichten des Geschwürs und des Geschwürsrandes zahlreiche Bakterien sind, die aber nirgends in das tiefere Gewebe eindringen. Man muss also annehmen, dass in der letzten Zeit Veränderungen der tiefer gelegenen Gewebe durch Bacillen nicht mehr statt gefunden haben.

Epikrise: Es handelt sich also in diesem Falle um einen Geschwulstknoten, welcher allen Anforderungen, die man an einen echten Gummiknoten stellen kann, entspricht. Derselbe hat anscheinend mitten in der Darmwandl seinen Anfang genommen, hat die Muskularis in sehr unregelmässiger Weise in verschiedene Lamellen auseinandergedrängt, und von der Tiefe her die Schleimhaut durchbrochen, so dass nach Zerfall der innersten Schichten des Knotens mitsammt der Schleimhaut ein Geschwür übrig geblieben ist, welches später vernarbt und zum Teil von neugebildetem Epithel bekleidet worden ist. Die syphilitische Natur des Knotens geht einmal aus seiner Struktur, namentlich aus der beginnenden Fettmetamorphose einerseits und der strahligen Narbenbildung andrerseits hervor, und findet fernerhin seine Bestätigung in den Leberknoten, welche als typische Gummiknoten angesprochen werden müssen.

Es ist dieses der erste, aber auch der einzige Fall, in dem ich, soweit das hiesige Material reicht, mit Bestimmtheit behaupten kann, dass das Geschwür syphilitischer Natur sei.

Fall 2

betrifft ein Präparat, dass von ausserhalb unter der Diagnose syphilitischer Geschwüre der Vagina, der Blase und des Rektums hierher eingeliefert und in Lake aufbewahrt wurde. Es liegen die ganzen Geschlechtsorgane, die Blase

und der Endteil des Rektums vor. Die Scheide ist weit und glatt. Der Uterus ist vergrössert, in seiner Wand sieht man stark verdickte Arterien. In der Blase sieht man zahlreiche, braunrote Flecken, über denen die Schleimhaut zerstört zu sein scheint. Sie überragen das Niveau der übrigen Schleimhaut nicht. In dem untersten Teil der Scheide ist ein sehr tief einfressendes Geschwür von Thalergrösse mit scharfen, teilweise verdickten Rändern gelegen. Der Geschwürsgruund ist uneben. Eine Schleimhautfalte des Rektums, wohl ein früherer Hämorhoidalknoten, ragt ca. 1 cm. über den äusseren Analring hinaus. Im Rektum selbst liegt ca. 3 cm. über der äusseren Öffnung ein circuläres, scharfrandiges Geschwür von 1—2 cm. Breite. An dem Grunde des Geschwürs fallen einige strahlige Narben auf. Von der vordern Seite des Geschwürs führt eine Fistel in die Gegend der Bartholin'schen Drüsen. Es wird auf den Knopf einer in diese Fistel eingeführten Sonde eingeschnitten, und man findet die Drüsen vereitert. Eine mikroskopische Untersuchung des Präparats ist unmöglich, da die Lake die Gewebe hierfür untauglich macht.

Epikrise. Dieser Fall scheint mir, ebenso wie der folgende, unzweifelhaft zu denjenigen zu gehören, die Poelchen mit Recht als auf gonorrhöischer Basis beruhend, bezeichnet.

Fall 3.

(In der Sammlung Zn. C. 48 1883/84, conservirt in Alcohol.)

Ohne nähere Angabe als Rektumscheidenfistel bei einer alten Frau in Folge von inveterirter Lues bezeichnet. Es liegen vor, die Harnblase, die Geschlechtsteile und der Mastdarm.

Das Geschwür im Mastdarm fängt dicht über dem Anus an, ist circulär, und reicht 10 cm über den After in

die Höhe. Es setzt sich gegen die gesunde Schleimhaut mit scharfem, etwas verdicktem Rande ab. Der ganze Geschwürsgrund ist stark zerklüftet; er zeigt teils Granulationsbildung, teils festes, narbiges Gewebe. Besonders der unterste Teil des Rektums ist stark narbig verengert. Ungefähr in der Mitte des Geschwürs findet sich eine Fistel, die zuerst in eine ulcerierte Höhle in der Grösse eines kleinen Apfels, und von da aus in die Vagina führt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese Höhle durch den eitrigen Zerfall einer Bartholin'schen Drüse entstanden ist, und dass von ihr aus der Durchbruch nach beiden Seiten erfolgt ist. Die Vagina ist verhältnissmässig eng und enthält viele geschwürige Defekte. Die Schleimhaut der Blase zeigt eine schmutzig-graue Farbe.

4. Fall.

Unter der Diagnose eines syphilitischen Rektumgeschwürs sind im Jahre 1880 von Herrn Dr. Georg Wegner aus Stettin die Organe einer Frau an das pathologische Institut eingesandt worden. Dieselben sind in starkem Alkohol aufbewahrt.

Am Kehlkopf finden sich 2 flache Substanzverluste am hinteren Drittel der wahren Stimmbänder, welche von länglicher Gestalt sind, und an Grösse und Form am ähnlichsten den kleinen Dekubitalgeschwüren sind, welche oft nach schwerem Typhus und anderen konsumierenden Krankheiten sub finem vitae an dieser Stelle auftreten. An der linken Seite erstreckt sich von hier eine Schwellung in der plica ary-epiglottica aufwärts, welche vielleicht an dem frischen Objekt als syphilitische Verdickung erschienen sein mag, jetzt aber ebenso wenig wie der glatte Zungengrund irgendwie eine sichere Diagnose betreffs der Entstehung zulässt.

In den Beckenorganen besteht eine ganze Reihe von

Veränderungen. In der kleinen Blase finden sich mehrere diphtherische Stellen. Die Scheide ist glatt und ziemlich eng; es zeigt sich in ihr eine ca. 5 cm lange, alte Narbe, die an der vorderen Wand von oben nach unten verläuft, so nahe am Muttermund, dass mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sie einem beim Geburtsakte entstandenen und später geheilten Einriss ihre Entstehung verdankt. Der Scheideneingang ist an dem Präparat nicht erhalten. Der Uterus zeigt eine leichte Anteflexionsstellung und in seiner Wandung erweiterte Arterien. Mit dem Rektum ist er durch starke, schwielige Verdickung des Lig. latum sinistrum, den Residuen einer früheren Parametritis, fest verbunden.

Das Rektum selbst ist in seinem ganzen unteren Teil ca. 18—20 cm in die Höhe narbig verengert und geschwürig zerfallen. Ob das Geschwür schon vom After selbst ab seinen Anfang nimmt, ist nicht zu entscheiden, da der After an dem Präparat fehlt. Gegen das Gesunde nach oben hin setzt sich das Geschwür scharfrandig ab. Man sieht in der höckerigen Geschwürsfläche starre bindegewebige Stränge, die teilweise auch Brücken bilden, sich hinziehen. Die geschwürigen Processe haben an vielen Stellen zu Defekten geführt, die tief in das Gewebe eindringen. Doch sind Fisteln nicht aufzufinden, im besonderen auch nicht solche, die in die Gegend der Bartholin'schen Drüsen führen.

Epikrise. Bei diesem Falle ist ein sicheres Urteil nicht mehr zu gewinnen. Die Möglichkeit, dass ursprünglich syphilitische Prozesse im Rectum vorgelegen haben, ist ebensowenig zu beweisen wie auszuschliessen. Positiv festzustellen ist nur, dass eine alte, höchst wahrscheinlich von einem Puerperium herrührende Narbe der Scheide vorhanden ist, und dass eine überaus langdauernde, schliesslich vernarbende Parametritis und Periproctitis vorliegt. Es ist

daher mindestens ebenso wahrscheinlich, die alte fibröse Periproctitis und Geschwürsbildung auf die früher eitrige (puerperale) Entzündung des Becken-Fettgewebes zurückzuführen, als sie aus rein negativen Erwägungen der Syphilis zuzuschreiben.

Alle übrigen Präparate, welche in der hiesigen Sammlung unter dem Namen syphilitischer Geschwüre aufbewahrt werden, haben aber wahrscheinlich garnichts mit Syphilis oder mit Abscessen der Bartholini'schen Drüsen zu thun, sondern sind, um es von vorne herein zu sagen, wahrscheinlich traumatischer Natur. Wir wollen unter diesen traumatischen Geschwüren einerseits die von aussen her durch direkte Insulte der Schleimhaut hervorgerufenen, andrerseits aber auch die durch Druck harter Kotballen bedingten Dekubitalgeschwüre verstanden wissen.

Die ersteren, welche hauptsächlich wohl durch Klystierspritzenverletzungen entstehen, kommen sehr häufig wenige cm oberhalb des Afters zur Beobachtung und zwar unter dem Bilde rundlicher oder unregelmässig gestalteter, zuweilen längsgerichteter Geschwüre, welche sich durch wallartig überhängende, beim Aufgiessen von Wasser flottierende Ränder auszeichnen. Diese äussere Form lässt nun vornehmlich zwei Entstehungsarten vermuten. Erstens kann die Gestalt des Geschwürs dadurch bedingt sein, dass die eingeführte Klystierspritze die Schleimhaut perforiert hat, und dass ein Teil der eingespritzten Flüssigkeit in die Wand eingedrungen ist, und hier von vorne herein eine Unterminierung der Schleimhaut bewirkt hat. Zweitens könnte man daran denken, dass es sich um Follikulargeschwüre handelte, welche bekanntlich diese Unterminirung der Ränder stets darzubieten pflegen. Die meisten dieser Geschwüre, welche in den Sammlungen aufbewahrt werden, und auch diejenigen, welche in der Litteratur beschrieben

sind, befinden sich nun bereits in diesemZustande derweiten Unterminierung der Ränder und einer narbigen Beschaffenheit des Grundes, sodass über ihre Anfangsstadien genaueres nicht mehr zu ermitteln ist. Es scheint uns deshalb auch für unsern Zweck von Wichtigkeit, zwei Fälle eigner Beobachtung mitzuteilen, welche im hiesigen pathologischen Institut an 2 aufeinander folgenden Tagen zur Sektion gekommen sind und einen deutlichen Einblick in die Anfänge dieser traumatischen Geschwüre gewähren. Der erstere der beiden

Fall 5

betrifft eine an Dementia paralytica gestorbenen Frau, bei welcher in den letzten Lebenstagen wegen Stuhlverstopfung mehrfach Klystiere verabfolgt waren. Bei der Sektion finden, sich längliche, 1 cm oberhalb des Anus bemerkbare Erosionen der Schleimhant ohne äusserlich sichtbare Reaktion. An zwei Stellen sieht man rundliche 1 cm grosse flache Hämorrhagieen ohne eine eigentliche Wunde oder Abstossung des Epithels. An einer ferneren Stelle sieht man eine etwas mehr als linsengrosse Erosion mit einer gelblichen dünnen Eiterschicht im Grunde. Dieselbe wird mikroskopisch untersucht, und es zeigt sich, dass über der erodirten Fläche die Mukosa gänzlich vernichtet ist; teilweise findet man auf ihr ein sehr zellenreiches Granulationsgewebe. Das submuköse Gewebe zeigt keine Substanzverluste. An den Rändern des Geschwürs ist in ihm reichliche kleinzellige Infiltration wahrzunehmen, auch sieht man in ihm einige kleinere Hämorrhagieen. Grössere Blutextravasate finden sich in der Muscularis in der Umgebung grösserer Blutgefässe. Von Bakterien findet man in dem ganzen Präparate nichts. Sehr vereinzelt finden sie sich in der Submucosa dicht unter dem Geschwürsgrunde.

Das andere Präparat,

Fall 6

betrifft einen 53jährigen Mann, welcher an Oesophaguskrebs gelitten hatte, und einige Tage per Klysma ernährt worden war. Hier fanden sich dicht oberhalb des Afters zwei rundliche, 5—10 mm im Durchmesser grosse Stellen von opak graugelblicher Farbe, welche über die etwas gerötete Schleimhaut der Nachbarschaft um 1—2 mm hervorragten. Von diesen Stellen wurde ein Stück in absoluten Alkohol gelegt und an Schnitten untersucht. Es zeigt sich dabei, dass die gelblichen Stellen auf ihrer Höhe keine Drüsen noch Oberflächenepithel mehr besitzen, sondern aus einem entzündlichen Granulationsgewebe bestehen, welches nur an den Grenzen zum Normalen hin Reste von Rektumdrüsen einschliesst. In der Hauptsache gehört das Gewebe der Mucosa und Submucosa an, und ist durch Oedem und reichliche Zellenwucherung trotz des Substanzverlustes noch über das benachbarte Schleimhautniveau emporgerückt. Die Zellen zeigen beginnenden Zerfall ihrer Kerne und beginnende eitrige Schmelzung in der Tiefe; aber keineswegs findet sich eine gleichmässige Ansiedelung von Bakterien darin, wie bei brandigen Processen der Haut und Schleimhäute, sondern eine geringe Menge von Mikrokokken hat eine Entzündung von eitrigem Charakter bewirkt, während die äusserste Oberfläche im Contakt mit dem Darminhalt beginnende Nekrose zeigt.

Die beiden Fälle miteinander verglichen, ergeben also, dass das Trauma nur ganz oberflächliche Erosionen oder nur Blutungen zu bewirken braucht, um den Anstoss für eine eitrige Entzündung zu geben, welche später nach dem Aufbruch ein sinuöses Geschwür von sehr variabler Gestalt hinterlassen muss; es ist dabei durchaus nicht notwendig, dass die Eiterung sich lediglich an den Follikeln abspielt, so dass man das Ganze später als ein kompliziertes Follicular geschwür zu betrachten hätte, sondern die Unterminierung erfogt durch

einfache Fortsetzung der Eiterung auf belibige Streken unter der noch erhaltenen Mucosa. Und auch in die Tiefe kann die Eiterung eindringen und Abscesse in dem periproktalen Fettgewebe hervorrufen, ohne dass jemals die ganze Rektumwand oder auch nur die Schleimhaut von der Spitze des Instruments durchbohrt gewesen sein müsste.

Auch von der anderen Art von traumatischen Geschwüren, den dekubitalen, waren wir in der Lage, zwei frische Fälle zu untersuchen.*)

Fall 7

betrifft das Rektum eines 42jährigen Mannes, der seit 4 Wochen vor seinem Tode wiederholt apoplektiforme Anfälle gehabt hatte, und am 3. Februar 1891 in der hiesigen psychiatrischen Klinik zur Sektion kam. Es zeigte sich dabei ein gewisser Grad von Hydronephrose in den Nieren, die Harnblase war stark dilatiert, so dass ein Kindskopf bequem darin hätte Platz finden können. Die Schleimhaut der Blase war stark oedematös, der aus ihr entleerte Urin erst klar, dann trübe. Im Rektum finden sich ca. 20 cm oberhalb des Afters 3 kleine gelbe Flecke, die sich durch ihre Opacität und ihr Hervorragen über die unverletzte Schleimhaut deutlich von der Umgebung abheben. Sie sehen aus wie ganz seichte Substanzverluste der Schleimhaut. Jeder einzelne ist umgeben von einem scharfen, roten Ring. In der Nachbarschaft sind mehrere frische Hämorr-

*) Es sei hier darauf hingewiesen, dass in der Dissertation von W. Scheunemann, Greifswald 1890, die histologischen Vorgänge der Nekrose und Entzündung bei Dickdarmgeschwüren, welche durch Kotballen entstanden waren, genauer beschrieben und in ihren Folgezuständen gewürdigt worden sind. Man vergleiche auch P. Grawitz' „Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Peritonitis". Charité Annalen Bd. XI. wo artificielle Dekubitalgeschwüre im Rectum bei Kaninchen beschrieben sind.

hagien. Die Sache macht ganz den Eindruck, als ob es sich um den Anfang einer Klystierspritzenverletzung handele, was jedoch bei der hohen Lage der Geschwüre selbstverständlich ausgeschlossen ist. Da sich an dieser Stelle des Darmes bei der Sektion sehr derbe Kotballen gefunden haben, und dieselbe ausserdem gerade dem Fundus der stark dilatierten Blase entspricht, so ist wohl kein Zweifel, dass es sich hier um ein Dekubitalgeschwür handelt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt folgendes: Die Mukosa fehlt fast über dem ganzen Geschwür, nur einzelne kleine Reste sind erhalten. Die Submucosa ist vollständig erhalten, in ihr sieht man zahlreiche Hämorrhagieen und eine nach der Mitte des Geschwürs zu beträchtlich zunehmende kleinzellige Infiltration. Bakterien und Coccen sieht man sehr reichlich in dem oberflächlichen Teil der Submucosa. In den Resten der Mucosa über dem Geschwür und in den angrenzenden Teilen der gesunden Schleimhaut haben dieselben eine veniger dauerhaft Färbung angenommen, was auf ihr beginnendes Absterben hindeutet. In den tieferen Schichten der Submucosa findet man noch ganz vereinzelte Bakterien, in der Muscularis gar keine.

Einen viel weiter vorgeschrittenen Fall von dekubitalem Rektumgeschwür stellt

Fall 8

dar. Er kam am 20. Sept. 1890 in der hiesiger Psychiatrischen Klinik zur Sektion und betraf eine irrsinnige, schwangere Frau. Die Organe des kleinen Beckens wurden im Zusammenhange herausgenommen. Man stiess dabei ca. 5 cm oberhalb des Afters linkerseits auf einen Abscess zwischen Mastdarm und Kreuzbein. Im tiefsten Teile des Rektums, dicht oberhalb des Sphinkteren lagen in einer starken Ausweitung zahlreiche wallnussgrosse, ungemein

derbe Kotballen mit trockener, stellenweise harter Oberfläche. Es fand sich daselbst ein ziemlich grosses Geschwür und eine Mastdarmscheidenfistel. Die Gegend der Bartholinschen Drüsen war unverändert. Spuren von Syphilis waren an der Leiche nirgends zu finden. Der Uterus ragte handbreit über die Symphyse hervor. In demselben fand sich ein 32 cm langer männlicher Embryo von maceriertem Aussehen.

Das ganze Präparat wurde einige Zeit in Müllerscher Flüssigkeit gehärtet, dann ausgewässert und in 96% Alkohol zur genaueren Untersuchung aufbewahrt. Die Geschwürsfläche des Darms ist von den angrenzenden gesunden Teilen leicht durch das gänzliche Fehlen der Schleimhautfalten zu unterscheiden. Sie beginnt unmittelbar über den Analfalten und nimmt hier circulär den ganzen Darm ein. Etwa $2^1/_2$ cm oberhalb aber zeigt sich bereits ein $1^1/_2$ cm breiter Streifen unverletzter Schleimhaut, der sich nach oben zu verbreitert, und an dem obern Rand des 9 cm langen Geschwürs bereits eine Breite von 4 cm erlangt hat. Die Grenze des Gesunden und Kranken ist nirgends scharf konturiert, sondern zeigt einen allmählichen Uebergang. Am auffallendsten ist eine Darmscheidenfistel etwa 3 cm über dem äussern Analring. Sie ist von der Grösse und Gestalt eines gleichseitigen Dreiecks, dessen Seiten je 1 cm lang sind, und mündet dicht über der hintern Commissur in die Scheide. In dieser ist das Geschwür glattrandig; Schleimhautfalten sind in der Scheide nirgends zu sehen. Auf einem Längsschnitt durch die Wand des Rektums in der Gegend, wo das Geschwür in die unverletzte Schleimhaut übergeht, kann makroskopisch nur eine Verdickung der Muskularis konstatiert werden. Mikroskopisch zeigt sich das gänzliche Fehlen der Epithellage, sonst keine pathologischen Veränderungen. Es wird dann noch ein Stück von dem Rande der Fistel

senkrecht ausgeschnitten und mikroskopisch untersucht. Es zeigt sich dabei folgendes: Ueber dem Teil des Präparats, der dem Rektum angehört, zieht sich ein Schleimhautsaum hin, der aber immer schmäler wird, je mehr er sich dem der Scheide angehörenden Teil nähert und an der Uebergangsstelle ganz verschwindet. Man sieht von da an als bedeckende Schicht ein sehr gefässreiches Gewebe mit starker, kleinzelliger Infiltration. Die Substanz zwischen Scheiden- und Darmwand ist ein fibrilläres Bindegewebe, in dem nur sehr spärliche Zellen zerstreut liegen. Bakterienfärbungen sind resultatlos.

Epikrise. Es zeigt dieser Fall sehr deutlich, wie durch den schwangern Uterus auf den mit den harten Kotballen angefüllten Darm gedrückt wird, und hierdurch Dekubitalgeschwüre veranlasst werden, die dann einerseits eine Fistel nach der Scheide, und andererseits einen Abscess zwischen Kreuzbein und Rektum zu stande bringen.

Fall 9.

Präparat mit der Bezeichnung: „Darmgeschwür durch Klystierspritzenverletzung entstanden." Es sind die ganzen Beckenorgane herausgenommen. Die Blase ist klein und fest kontrahiert. Der Uterus ist etwas vergrössert, man findet in demselben einen kleinen Schleimhautpolypen. Die Scheide ist eng und runzelig, zeigt keine Spuren von Geschwüren. Sehr auffallend ist eine enorme Ausweitung des untern Teils des Rektums, die bis 11 cm über den Anus in die Höhe reicht. Während dasselbe aufgeschnitten im obern Teil eine gleichmässige Breite von 5 cm zeigt, ist der untere Teil bis zu 15 cm breit. Dieses ganze erweiterte Ende zeigt eine verdickte, lederartige Beschaffenheit der Schleimhaut. Dicht über dem Anus beginnt sofort ein seichter geschwüriger Defekt der Schleimhaut, der fast circulär ist und 3—6 cm in die Höhe reicht. Dann kommt

in mehrere cm breiter Streifen unverletzter Schleimhaut, ie sich deutlich gegen das untere Geschwür durch einen charfen überhängenden Rand abgrenzt. Darüber aber eht man wieder eine offenbar circulär angeordnete Reihe on Defekten, von denen hauptsächlich 2 neben einander egende sich durch ihre Ausdehnung und ihre Tiefe aus-eichnen. Beide haben ungefähr die Grösse eines Fünf-fennigstücks und haben die angrenzende Schleimhaut tief nterminirt, der eine fast 2 cm weit. Ihr Grund ist höckerig. Dicht über diesen beiden Geschwüren und mit ihnen im usammenhang stehend zieht sich ein ca. $^1/_2$ cm breiter treifen hin, der auch einen flachen Defekt der Schleimhaut eigt. In seiner Fortsetzung sieht man noch einen grösse-en, ovalen, quergerichteten, flachen Defekt. Fisteln sind icht zu finden. Die Gegend der Bartholin'schen Drüsen t unverändert.

Epicrise. Daraus, dass erstens dieser Kranz von Ge-chwüren 8 cm über dem After liegt und mit dem unteren eschwürigen Defekt, der ja vielleicht sonst als durch eine lystierspritzenverletzung entstanden gedacht werden könnte, usammenhängt, und zweitens aus der equisit circulären nordnung der Defekte muss man schliessen, dass es sich erbei nicht um eine Klystierspritzen-, sondern um eine ekubitale Verletzung handelt, die durch Stauung harter otmassen entstanden ist. Damit wäre zugleich eine Er-lärung für die sonst unverständliche enorme Ausweitung es Rektums gegeben. Es darf hinzugefügt werden, dass e circuläre Anordnung ganz dem von Scheunemann be-hriebenen Falle analog war. Diese letzten 5 Fälle zu-mmen genommen, scheinen uns ein hinreichend genaues ld von dem Verlauf und der eventuellen Ausdehnung der aumatischen Geschwüre zu geben, und wir glauben mit echt behaupten zu können, dass die folgenden Fälle, die sher für syphilitische gelten, sich recht gut auch als

traumatische erklären lassen, wenn man auch nicht in jede einzelnen Fall, bes. wenn er schon weiter vorgeschritte ist, mit Sicherheit wird feststellen können, welcher Art vo traumatischen Geschwüren er zuzurechnen wäre.

Fall 10

ist im Jahre 1869 als erster hier zur Sektion gekomme Er betrifft einen 55jährigen Mann, der an Carcinoma ve triculi zu Grunde gegangen ist. Es liegen vor der Mas darm und die Blase mit der stark hypertrophischen Pro stata. 3 cm nach hinten und aussen von der Ausmündung stelle des linken Ureter findet sich eine narbige Divertike ähnliche Stelle, auf deren Höhe sich eine siebförmig Durchlöcherung findet, die zu einer unregelmässigen, wal nussgrossen, granulierten Abscesshöhle führt, welch zwischen dem rechten Rand der Blase und dem Rektu liegt, und nach oben durch den verdickten peritoneale Ueberzug der Excavatio rectovesicalis abgeschlossen is Das Rektum hatte, wie im Protokoll bemerkt worden, ein stark oedematöse diffus gerötete Schleimhaut. Dicht obe halb des Afters findet sich ein Kranz von Hämorrhoida knoten und über demselben eine ganze Reihe gleich hoch stehender miliarer bis groschengrosser Durchlöcherunge der Schleimhaut. In der Tiefe zeigt sich ein dunkelrote granulierendes Geschwür mit zerfetztem eitrigem Grund das nach oben den Mastdarm unterminiert und so mit de Abscesshöhle kommuniziert.

Fall 11 (Sammlung No. 70).

Weibliche Beckenorgane aufbewahrt mit der Bemer kung: „Syphilitisches Rektumgeschwür mit teils incomplete teils completen in die Vagina führenden Fisteln.“ Näher Angaben sind nirgends zu finden. Der ganze untere Te des Rektums ist durch geschwürige Processe vollkomme

erklüftet. Ueberall sieht man tiefe und ausgedehnte Defekte, die bis in das benachbarte Gewebe reichen. Erst 15 cm über dem After sieht man überhaupt wieder normale Schleimhaut. Dicht über dem After ist der Geschwürsgrund schmutzig rot, weiter oben graugelblich. Gegen die gesunde Schleimhaut setzt sich das Geschwür scharfrandig ab. Es führen mehrere Fisteln aus dem Mastdarm in die Vagina. Andere endigen in dem umgebenden Gewebe. Die Bartholin'schen Drüsen aufzufinden ist unmöglich, weil das ganze Gewebe zwischen Rektum und Vagina nur eine schmutziggraue Masse bildet, in der jede Unterscheidung von irgend welchen Gewebsarten unmöglich ist.

Fall 12 (Sammlung Zw. C. No. 34 82/83)

betrifft ein Präparat, das aus Stettin ohne nähere Angabe mit der Diagnose eines syphilitischen Rektum-Geschwürs hierher eingeliefert worden ist. Dasselbe ist in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet und in Alkohol aufbewahrt. Es liegt von einem weiblichen Individuum der untere Teil des Rektums vor, an dessen vorderer Wand noch ein Stück der Scheide ansitzt. Auf eine Strecke von 9 cm vom After aufwärts erscheint das Rektum in der Gegend der Geschwüre bedeutend erweitert, die Schleimhaut in dieser Partie ist lederartig verdickt. Das Geschwür nimmt den ganzen Darm circulär ein; die untere Grenze oder die Länge des Geschwürs zu bestimmen, ist nicht möglich, da der abtrennende Schnitt noch mitten durch das Geschwür geht. Unabhängig von diesem grösseren Geschwür ist nicht über diesem, aber durch eine dazwischen verlaufende Schleimhautfalte streng geschieden, ein kleineres Geschwür von der Grösse eines Markstückes. Beide Geschwüre sind durch einen über den Geschwürsgrund überhängenden normalen Schleimhautfalz scharf kontouriert. Der Geschwürsgrund ist höckerig. In der Mitte des grösseren Geschwürs

sieht man eine tiefe narbige Einziehung. Auf einem Durchschnitt an der Grenze des Gesunden und Kranken sieht man den Schleimhautfalz c. 4 mm über den narbigen Geschwürsgrund erhaben. Dieser letztere wird nach der Mitte zu allmählich dicker, so dass er in der Mitte ungefähr 2 mm dick ist. Die Muskularis verdickt sich bedeutend unter dem Geschwürsgrund, scheint aber vollkommen intakt. Eine mikroskopische Untersuchung war leider nicht möglich, da wegen des Alters des Präparates Kernfärbungen nicht zu erzielen waren.

Epikrise. Das obere runde Geschwür ist sicher nicht syphilitischer Natur, da nichts von Neubildungen in Rand und Grund vorliegt, das Fettgewebe vielmehr ganz intakt ist. Die gleichmässige Erweiterung des Rectums und Verdickung der Schleimhaut hierselbst, spricht für Kotanhäufung. Das untere Geschwür zeigt nichts von Gummiknoten in Grund und Rändern und nichts von den sonst bei Syphilis vorkommenden papillären Wucherungen in der Umgebung. Decubitaler Ursprung ist daher das Wahrscheinlichste.

Fall 13

zeigt ein Präparat, bei dem die ganzen Organe des kleinen Beckens einer weiblichen Leiche bis zum Beckengrund herausgenommen sind. Das Rektumgeschwür beginnt ca. 5 cm über dem After, hat ungefähr die Grösse eines Thalers und entsendet noch zwei spitzige Ausläufer nach oben zu. Nach rechts hin ist es durch eine ebenfalls die Schleimhaut entbehrende Brücke mit einem zweiten kleineren Geschwür von der Grösse eines Zehnpfennigstückes verbunden, welches auch unregelmässige Ausläufer in die Umgebung sendet. Der Geschwürsgrund ist bei dem grösseren Geschwür überall glatt. Bei dem kleineren bildet er eine Mulde, die in der Mitte des Geschwürs, wie man schon makroskopisch sehen kann, die Ringmuskel-

nicht durchbrochen hat. Der Geschwürsrand ist gezackt.. e Schleimhaut hängt am obern Rand weit über den eschwürsgrund über, an einer Stelle des kleineren Ge- nwürs einen cm. Ein Längsschnitt durch das grössere eschwür zeigt sehr schön die tiefe Unterminierung der hleimhautränder. Die Muscularis zeigt sich völlig un- rändert. Dagegen ergiebt ein Längsschnitt durch das einere Geschwür, dass hier die Ringmuskulatur nach der tte zu immer dünner wird, und schliesslich ganz fehlt, dass sogar auch die Längsmuskulatur schon mit er- ffen ist. Fisteln nach der Scheide oder den Bartho- ischen Drüsen sind nicht vorhanden. Letztere nd unverändert. Die Geschlechtsteile zeigen ein chaus jungfräuliches Aussehen. Die Scheide ist eng l runzelig. Die Portio ist fest, der äussere Mutter- nd sehr klein, der Cervicalkanal lang. Der Uterus zeigt teflexionsstellung und an der Stelle der Knickung ein ar erweiterte Arterien, sonst eine auffallend feste Muskulatur. l Epicrise. Die Geschlechtsteile geben uns also absolut kein Recht dazu, irgend welche geschlechtlichen Aus- weifungen anzunehmen, und es ist deshalb sicher be- ihtigter, an ein traumatisches, als an ein syphilitisches schwür zu denken, zumal die histologische Untersuchung derjenigen der sicher traumatischen oder dekubitalen schwüre grosse Uebereinstimmung darbietet.

Resumé.

Wenn man nun das Gesagte im Zusammenhang be- htet, so glaube ich folgende Resultate daraus ziehen dürfen. Die wirklich syphilitischen Geschwüre des tdarms sind sehr selten. Sie stellen konstitutionelle, . tertiär-syphilitische Erkrankungen dar, die stets auf mmösem Boden entstehen. Anzunehmen, dass alle nicht ch Gummibildung entstandenen derartigen Geschwüre

durch Coitus praeternaturalis entstehende Schankergeschwüre seien, ist kein Grund vorhanden, im Gegenteil spricht dagegen, dass doch selbstverständlich beim Einführen des Penis dann zuerst die Schleimhaut in der Gegend der Sphinkteren, als der engsten Stelle, verletzt werden und geschwürig zerfallen müsste, während man in Wirklichkeit die Geschwüre in der Regel ers. mehrere cm oberhalb der Sphinkteren ihren Anfang nehmen sieht. Dieser Befund spricht auch gegen die oft gehörte Annahme, dass beim Fluor albus Eiter aus der Vagina über den Damm bis zum Rektum fliessen und die Schleimhaut ulcerieren sollte. Bei dieser Annahme müsste natürlich die „Aetzung" die äussersten Schleimhautstellen zuerst treffen, während man diese oft ganz intakt und das Geschwür nur oberhalb der Sphinkteren antrifft. Eine Beweisführung, wie durch Trippereiter solche Geschwüre hervorgebracht werden könnten, liegt übrigens meines Wissens nicht vor. Es scheint vielmehr, dass von diesen Geschwüren ein Teil, aber bei weitem der kleinere, in der von Poelchen angegebenen Art durch eitrigen Zerfall und Durchbruch der Bartholin'schen Drüsen auf gonorrhöischer Basis entsteht. Es scheint indessen nicht notwendig, diesen Entstehungsmodus auf die Vereiterung der Bartholin'schen Drüsen zu beschränken, da jede eitrige Entzündung des Fettgewebes um den Mastdarm herum, beispielsweise eine (Fall) puerperale Parametritis phlegmonosa, das Gleiche bewirken kann. Die Hauptursache aber, durch welche die chronischen, in Vernarbung übergehenden Geschwüre des Rectums, welche allgemein der Syphilis zugeschrieben werden, entstehen, ist in Traumen und Dekubitus zu suchen. Da davon die Druckgeschwüre häufiger bei Frauen als bei Männern angetroffen werden, darf uns nicht wundern, da es bekannt ist, dass gerade bei den Frauen habituelle Stuhlverstopfungen viel häufiger sind, und viel länger

tragen werden, als bei den Männern. Wenn man dazu
n die Stuhlverstopfungen während der Schwangerschaft
enkt, und wenn man berücksichtigt, dass bei irgend wel-
nen Lageveränderungen des Uterus und Entzündungen
iner Adnexen die Defäkation von den Frauen wegen der
abei entstehenden Schmerzen lange Zeit aufgehalten wird,
) dürfte hierin eine weit einfachere und von den Gynä-
ologen leicht zu bestätigende Erklärung für das häufi-
ere Vorkommen dieser chronischen Mastdarmgeschwüre
eim weiblichen Geschlecht liegen, als sie in den
instlichen Deutungen über widernatürliche Infektion
sher gegeben wird. Die bisher entwickelte Dar-
ellung eröffnet aber ausserdem die Aussicht auf eine
tionelle Prophylaxe. Wenn sich bestätigt, was wir
er als sehr wahrscheinlich hinstellen konnten, dass
e Stuhlverhaltungen beim weiblichen Geschlecht nicht
ır lästige Katarrhe des Mastdarms, sondern die schwersten
id oft tötlich endenden Geschwürsbildungen und Strik-
ren herbeiführen, so muss durch Aerzte und Mütter auf
ese Gefahr aufmerksam gemacht werden, ebenso wie
e Gefahr der Harnverhaltung beim männlichen Geschlecht
ıfmerksam gemacht worden ist. In der Gesundheitspflege
uss der Satz zur Geltung und verständigen Anwendung
ɔmmen: Naturalia non sunt turpia!

Lebenslauf.

Verfasser, Paul Rich. Nickel, evang. Confession, wurde im Jahr 1868 am 23. August in Elbing geboren als Sohn des Gymnasial-Vorschullehrers Ferdinand Nickel und dessen Ehefrau Minna, geb. Hoffart. Er erhielt seine erste Vorbildung in der Vorschule des Königl. Gymnasiums zu Elbing. Das letztere selbst bezog er Ostern 77 und verliess es Ostern 87 mit dem Zeugniss der Reife. Er begab sich dann nach Greifswald, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Das Physikum bestand er am 10. Mai 1889, das Rigorosum am 18. Februar 1891.

Während seiner Studienzeit hatte er die Ehre, die Vorlesungen resp. Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten besuchen zu dürfen.

Prof. Dr. Arndt, Prof. Dr. Budge †, Prof. Dr. Baumstark †,
Prof. Dr. Gerstaecker, Prof. Dr. Grawitz, Prof. Dr. Helferich, Prof. Dr. Holtz,
Dr. Hoffmann, Prof. Dr. Heidenhain, Prof. Dr. Krabler,
Geheimrat Prof. Dr. Landois, Geheimrat Prof. Dr. Limpricht,
Prof. Dr. Löffler, Geheimrat Prof. Dr. Mosler, Dr. Moeller, Dr. Peiper,
Geheimrat Prof. Dr. Pernice, Prof. Dr. Rinne, Geheimrat Prof. Dr. Schirmer,
Prof. Dr. Schulz, Prof. Dr. Solger, Prof. Dr. Sommer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, gestattet sich der Verfasser, an dieser Stelle seinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Zu besonderem Dank fühlt er sich Herrn Prof. Dr. Grawitz, Herrn Prof. Dr. Helferich und Herrn Geheimrat Prof. Dr. Mosler verpflichtet, in deren Kliniken resp. Instituten er als Volontär tätig sein durfte.

Thesen.

I.

Die meisten sog. syphilitischen Mastdarmgeschwüre sind dekubitaler Art.

II.

Die Kinder müssen in der Schule nicht nach Kenntnissen, sondern nach der Grösse rangieren.

III.

Jeder Verbrecher ist mehr oder weniger als Geisteskranker zu bezeichnen.